Ein Beitrag zur klinischen Bedeutung der Gallensteine

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen

vorgelegt von

Walther Friedrich

aus Lichtenfels

Tag der mündlichen Prüfung: 26. März 1928.

1928

Tagblatt-Druckerei Lichtenfels (Bayern)

28:238

Referent: Geheimer Rat Professor Dr. Hauser

Dekan: Geheimrat Professor Dr. Specht

Es liegt in der ganzen Entwicklung der Heilkunde begründet, daß Innere Medizin und Chirurgie die meisten und von beiden Seiten am stärksten umkämpften Grenzgebiete aufzuweisen haben. Die übrigen Spezialfächer sind mit dem Ausbau der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten aus dem Prinzip der Arbeitsteilung heraus aus diesen beiden Hauptfächern entstanden, während die Chirurgie unter dem Schutze der Aseptik und Antiseptik ihr Gebiet auf Kosten der inneren Medizin mehr und mehr erweiterte und nacheinander Gebiete für sich in Anspruch nahm, auf denen vorher die innere Medizin ihre Hegemoniestellung behauptete und die sie z. T. auch heute noch nicht aus ihrem Zuständigkeitsbereich endgültig entlassen will.

Unter die Grenzgebiete zwischen innerer Medizin und Chirurgie fallen auch die Erkrankungen der Gallenwege, insbesondere der Gallenblase, bei denen in der Mehrzahl Gallensteine die Veranlassung bilden.

Da es nicht immer gelingt, mit den Mitteln der inneren Medizin die Beschwerden, die ein Gallensteinleiden verursachen kann, zum Schwinden zu bringen und vor allem die sekundären, zu oft tödlichem Ausgang führenden Folgeerscheinungen hintanzuhalten, war der Gedanke durchaus naheliegend, auf chirurgischem Weg die Steine als die Erreger dieser Erkrankungen zu entfernen.

Die Chirurgie der Gallenwege ist noch verhältnismäßig jung. Vereinzelte Versuche von Operationen bei Gallensteinleiden werden zwar schon aus dem 17. und 18. Jahrhundert berichtet, planmäßige Operationen wurden aber zum ersten Mal von dem Franzosen Jean Louis Petit ausgeführt, der die Punktion der überfüllten u. Incision der steinerfüllten Gallenblase empfahl, sofern diese mit der Bauchwand verwachsen wäre (1737). In den darauffolgenden Jahrzehnten wurden noch verschiedene Anregungen zur operativen Heilung der

Cholelithiasis gegeben, doch fand keine eine allgemein gültige Anerkennung. Erst mit der Einführung der Antiseptik und Aseptik findet auch die Chirurgie der Gallenwege ihre Meister und Lehrer, die ihr eine allgemeine Anerkennung und Systematik sichern, sodaß wir heute über eine reiche Kasuistik und Erfahrung auf diesem Gebiete verfügen.

Ueber die Vorgänge bei der Entstehung der Gallensteine ist man bis heute noch nicht völlig unterrichtet. Naunyn hat als Ursache eine primäre, infektiöse Erkrankung der Schleimhaut der Gallenblase und Gallenwege angenommen, die erst sekundär zur Bildung von Gallensteinen führt, während Aschoff u. Bacmeister das Hauptgewicht auf die primäre Gallenstauung legen. Nach ihren Untersuchungen können radiäre Cholesterinsteine allein schon durch Gallenstauung entstehen, erst zur Entstehung der geschichteten Cholesterinkalksteine ist eine Infektion der gestauten Galle notwendig. Sie unterscheiden also eine nicht entzündliche und eine entzündliche Genese der Gallensteine, wobei nach Bacmeisters Untersuchungen sehr oft ein auf nicht entzündlichem Weg entstandener Cholesterin-Stein zum Anlaß des eigentlichen Gallensteinleidens wird, indem er zum Verschluß des Ductus cysticus führt und dadurch die Infektion der gestauten Galle und die Bildung von Cholesterin-Kalksteinen begünstigt. Jedenfalls sind Cholelithiasis und Cholecystitis eng miteinander verbundene Begriffe, die klinisch überhaupt schwer voneinander zu trennen sind.

Besser als die Vorgänge bei der Bildung der Gallensteine sind uns die disponierenden Ursachen bekannt, die wir heute im Alter, Geschlecht und gewissen Eigentümlichkeiten der Körperkonstitution sehen. — Noch besser aber sind wir über die anatomischen und klinischen Folgeerscheinungen der Gallensteine unterrichtet und hier haben vor allem die Erfahrungen der Chirurgen manche Zusammenhänge aufgedeckt und alte Anschauungen und Erfahrungen erheblich erweitern und modifizieren helfen. —

In einem Aufsatz „Die Prognose und Therapie der Cholelithiasis im Lichte der Statistik und Erfahrung" (M. M. W. 1906) von Ritter (Karlsbad), in dem der Verfasser an Hand von über 4000 Fällen für eine vornehmlich internistische Behandlung der Gallensteinleiden eintritt, spricht er die Ansicht aus, daß einen, der noch niemals einen Gallensteinkranken oder einen Gallensteinanfall selbst beobachtet hat, rein theoretische Erwägungen über die Aussichten eines in der Gallenblase verweilenden oder durch die Gallenwege wandernden Steines zum Anhänger der chirurgischen Behandlungsweise der

Cholelithiasis machen werden, „es scheine sogar, als ob für die Stellungnahme zur Frage „operative oder konservative Behandlung der Gallensteinleiden“ oft mehr die Theorie wie die Praxis maßgebend gewesen wäre u. als ob diese Theorie das auf Erfahrung ruhende Vertrauen in die innere Behandlung stark beeinträchtigt hätte“.

Diese Erwägungen Ritters erscheinen bei Betrachtung des Anteiles, den die Chirurgie bei der Behandlung der Cholelithiasis mehr und mehr für sich in Anspruch nahm, durchaus gerechtfertigt. Nachdem, wie schon vorher erwähnt, in Pathologie und Klinik der Gallensteinerkrankung durch die Erfahrungen der Chirurgen manche neue Einblicke gewährt und fast gleichzeitig mit der mehr und mehr sich entwickelnden Chirurgie der Gallenwege grundlegende Untersuchungs-Ergebnisse über die Entstehung der Gallensteine bekannt wurden, sieht man unter den Anhängern der chirurgischen Behandlung eine radikale Richtung mit fließenden Uebergängen zu einer mehr gemäßigteren, teilweise noch etwas abwartenden Richtung vertreten, deren verschiedene Stellungnahme bedingt ist durch die verschieden ausfallende kritische Wertung der möglichen klinischen u. pathologischen Folgeerscheinungen der in der Gallenblase verweilenden Steine. Mit der Diagnose Gallensteine hält der am radikalsten vorgehende Teil die Operation für indiziert, andere wollen erst einen Versuch mit der inneren Behandlung machen, diese aber nicht zu lange ausdehnen, um noch operieren zu können, solange die Steine in der Gallenblase sich befinden. Wieder andere sind erst dann für eine chirurgische Behandlung, wenn eine längere Zeit durchgeführte innere Behandlung erfolglos blieb oder beim Vorliegen einer Indicatio vitalis. Eine einheitliche Auffassung finden wir heute noch nicht vertreten und dieser herrschenden Uneinstimmigkeit geben die Lehrbücher von Chirurgie und innerer Medizin recht deutlichen Ausdruck.

Wenn sich auch die Vertreter der inneren Medizin zum großen Teil einer eventuellen chirurgischen Behandlung durchaus nicht ablehnend gegenüber verhalten, so glauben sie sich doch erst dann berechtigt die Operation vorzuschlagen, wenn eine vorherige energische innere Kur erfolglos geblieben ist, sehr häufig auftretende Anfälle dem Kranken alle Lebensfreudigkeit nehmen, soziale Umstände eine lange währende Kur nicht zulassen oder einer der lebenbedrohenden Folgezustände zu erwarten ist. Demgegenüber rät noch immer ein großer Teil der Chirurgen bei nachgewiesener Cholelithiasis zu sofortiger oder frühzeitiger Operation, teilweise geleitet von sozialen Erwägungen, zum größeren Teil

aber geleitet von der Absicht den möglichen Gefahren der Cholelithiasis prophylaktisch zu begegnen, nachdem es nicht immer gelingt drohende Komplikationen rechtzeitig chirurgisch anzugehen. Diese prophylaktisch aktive Therapie führt oft soweit, daß sich wiederholende bloße cholecystitische Erscheinungen Veranlassung zur Gallenblasenexistirpation werden.

Die Anhänger der inneren wie der chirurgischen Behandlung sind natürlicherweise von der Berechtigung der von ihnen vertretenen Grundsätze überzeugt und in der Folge bemüht dafür Beweismittel herbeizubringen. Eine solche Beweisführung gipfelt naturgemäß im Nachweis der Heilerfolge; die Ueberlegenheit der einen vor der anderen Heilmethode sollte sich aus der Gegenüberstellung des von beiden Seiten herausgebrachten statistischen Materials ergeben. Die Chirurgen hatten zunächst den Beweis zu liefern, daß ihr Einbruch in eine Domäne der inneren Medizin einer kritischen Wertung standhalten kann. So haben sie in verhältnismäßig kurzer Zeit imponierende Zahlen für ihre Erfolge beigebracht, denen die innere Medizin kein gleichwertiges Material entgegenstellen konnte. Doch weist Ritter demgegenüber mit Recht darauf hin, daß sich im Gegensatz zur chirurgischen Behandlung, die sich in den Händen einzelner weniger Operateure befindet, die innere Behandlung der Gallensteinleiden auf die Gesamtheit der prakt. Aerzte verteilt und die inneren Kliniken relativ arm an solchen Krankheitsbildern sind.

Nachdem das aktive Handeln der Chirurgen vor allem von dem Grundsatz geleitet wird, die Möglichkeit der lebenbedrohenden Folgeerscheinungen der Erkrankung von vorneherein auszuschalten, muß ein Vergleich der Mortalitätsverhältnisse vor und nach Einführung der operativen Behandlungsmethode einen gewissen Gradmesser für die Ueberlegenheit der neuen Behandlungsgrundsätze bieten. Nun gehört die Cholelithiasis zu den verhältnismäßig selten tödlich verlaufenden Erkrankungen. Zahlreiche statistische Erhebungen über die Mortalität des Gallensteinleidens im Verhältnis zur Häufigkeit der Erkrankung berechtigen zu dieser Annahme. Es gälte den Beweis zu erbringen, daß die chirurgische Aera diese an sich geringe Mortalitätsziffer noch weiter gesenkt hat.

In einer Dissertation von Kluge aus dem Erlanger Patholog. Institut werden die Fälle von Cholelithiasis mit tödlichem Ausgang aus 2 Zeitabschnitten einander gegenübergestellt, aus der Zeit vor u. aus der Zeit nach Einführung der Gallensteinoperation in Erlangen, nämlich den Jahren 1862—1888 und 1888—1900. Das Ergebnis dieser Statistik

ist eine Mortalität durch Gallensteine von 0,28 % im Verhältnis zur Gesamtsektionenzahl, von 4,09 % im Verhältnis zur Anzahl der Gallensteinbefunde in der voroperativen Zeit, eine Mortalität von 0,5 % bezw. 8,7 % in der Zeit der operativen Behandlung, wobei in 1/3 der Fälle der Tod im Anschluß an eine Operation erfolgt ist. Wenn sich auch in einer Universitätsklinik sehr oft die schwersten Fälle zur Operation einfinden und dadurch die Statistik belasten, so weist die eben angeführte Statistik doch darauf hin, daß auch die operative Behandlung die Mortalität nicht weiter drücken kann. Auch aus anderen Statistiken ist diese Tatsache zu entnehmen. Ritter stellt in seiner Karlsbader Statistik zwei Zeitabschnitte einander gegenüber, 13 Jahre vor und 13 Jahre nach dem Einzug der Chirurgie in Karlsbad und kommt zu dem Ergebnis einer Sterblichkeit von 0,052 % unter den gallensteinkranken Badegästen in der voroperativen gegenüber einer Sterblichkeit von 0,078 % in der operativen Periode.

Eine Besserung der Mortalitätsverhältnisse hat demnach die operative Aera nicht gebracht. Wenn entgegengehalten wird, daß man durch ein noch ausgiebigeres Operieren bei unkomplizierten Fällen die Mortalität doch noch verbessern könnte, so muß man bedenken, daß gerade bei Cholelithiasis das höhere Alter vornehmlich beteiligt ist und eine Operation vielfach von vorneherein ausschließt. Außerdem werden dem tüchtigsten Diagnostiker bei der Indikationsstellung Ueberraschungen nicht erspart und er vor Komplikationen gestellt, die er vorher nicht erwarten konnte. — Auf der anderen Seite wird aber auch manchem durch einen unglücklichen Ausgang der Operation die Möglichkeit geraubt unoperiert ein vielleicht hohes Alter zu erreichen. „Die operative Behandlung erreicht wohl eine Verschiebung der Mortalitätsverhältnisse, aber keine entschiedene Besserung."

Der Rezidivbildung, mit der die innere Behandlung stets rechnen muß, hat die operative Behandlung ebenfalls nicht in allen Fällen begegnen können; man hat im Anschluß an Operationen das Vorkommen echter Rezidive beobachtet. Ebenso muß man mit Beschwerden, die sich im Gefolge von Cholecystiden aus den mannigfachen Verwachsungen des serösen Ueberzuges der Gallenblase mit ihrer Umgebung ergeben, auch bei der operativen Therapie rechnen, indem im Bereich des Operationsfeldes ebensolche Verwachsungen entstehen können, die ähnliche Erscheinungen auslösen.

In dem Ringen der Chirurgie und der inneren Medizin um die Vormachtstellung auf dem Gebiete der Cholelithiasis-

behandlung verdient sicherlich der Umstand Beachtung, daß man nicht zu selten bei Sektionen als zufälligen Nebenbefund Gallensteine feststellt, die im Leben nicht die geringsten Beschwerden für ihren Träger verursacht haben, trotzdem sie teilweise in beträchtlicher Zahl und Größe vorhanden waren. So sah Paulsen bei einer Gallensteinhäufigkeit von 3,7% nur in 9% dieser Gallensteinfälle dem Sektionsbefund klinische Erscheinungen vorausgehen.

Einen weiteren Beitrag zu diesen Beobachtungen soll die vorliegende Arbeit bilden.

Aus dem Sektionsmaterial des Erlang. Patholog. Instituts wurden für die Jahre 1925 und 1926 alle die Fälle bestimmt, bei denen der Sektionsbefund Gallensteine ergab. Daneben wurden noch diejenigen Fälle in Betracht gezogen, bei denen Verwachsungen der Gallenblase mit ihrer Umgebung auf einmal abgelaufene cholecystitische Vorgänge hindeuteten. Das gesamte Sektionsmaterial für diese beiden Jahre lieferten die Erlanger Universitätskliniken und die Mittelfränkische Heil- und Pflegeanstalt in Erlangen. Es wurden die betreffenden Krankengeschichten dieser Anstalten daraufhin durchgesehen, ob sich in der Vorgeschichte oder dem übrigen Krankheitsverlauf Anhaltspunkte dafür finden ließen, daß dem Sektionsbefund klinische Erscheinungen von seiten der Gallenwege vorausgegangen sind. Es war leider nicht in allen Fällen möglich diese letzteren Erhebungen anzustellen, da teilweise die Aufnahme einer genauen Anamnese nach Einlieferung des betreffenden Patienten in die Anstalt nicht möglich war. Die Einlieferung erfolgte in Bewußtseinstrübung mit rasch darauf eintretendem Exitus oder die psychische Verfassung des Patienten erlaubte die Erhebung einer zuverlässigen Anamnese nicht mehr (einige Fälle aus der Heil- und Pflegeanstalt). Diese Fälle mußten deshalb für die nachfolgenden statistischen Erhebungen aus der Betrachtung ausscheiden.

Von den einzelnen Fällen wird an näheren Angaben gebracht: 1: Klinische Diagnose, 2. Leichendiagnose, 3. Lokalbefund der Gallenblase, 4. Kurze anamnestische und klinische Angaben aus der Krankengeschichte.

S.-Nr. 7/25 M. M. Frau 37 J. † 13. 1. 25

Kl. D. Placenta praevia, vaginaler Kaiserschnitt, Sepsis.

L. D. Diff. seriös-fibr. — eitrige Peritonitis d. Unterbauches nach vag. Kaiserschnitt. Operationswunde an der Gebärmutterhinterw. Sept. — puerpualer Uterus. Thrombose kleiner Venen d. Uterusmuskulatur. Hochgrad. Fettleber. Gallensteine. Sept. Milz. Senk. d. r. Niere, Erweit. beid. Ureteren. Gastritis katarrh. Starke Injektion d. Duodenalschleimh. Leichtes Oedem beider Unterlappen. Anthrakose v. Lungenlymphknoten.
Gallenblase enthält ca. 40 ccm. dunkler Galle. Wand etwas verdickt. Es finden sich 3 linsengroße unregelmäßig gestalt. Steine

Vorgeschichte: Früher angeblich niemals krank. Periode mit 14 J regelmäßig.
1. Partus 1913 Gemini, Wochenbettfieber.
2. „ 1915 Spontangeburt
3. „ 1917 „ „
4. „ 1923 Querlage
} Wochenbett normal.
Jetzige Schwangerschaft seit Mai 1924. Vor 3 Wochen Blutung, seit 2 Tagen dauernd schwache Blutung.

S.-Nr. 9/25 L. K. Frau 81 J. † 13. 1. 25

Kl. D. Senile Demenz. Carcinom d. Magens.

L. D. Großes, markiges Carcinom d. distalen Magenabschnittes — Magenerweiterung — Blutiger Inhalt des Magens u. Darms — Gallensteine — Starke Erweiterung d. ductus choledochus — Erweiterung der Lebergallengänge — Gallenstauung u. Gallengries in der Leber — Schrumpfung beider Nieren — Sclerose

---

Kl. D. = Klinische Diagnose, L. D. = Leichen-Diagnose.

der Baucharter., Kranz- und d. Hirnarterien. Verwachsungen des r. Lungen-Oberlappens — Oedem der Unterlappen — Beginnende pneumonische Verdichtung d. link. U.-Lappens — Atrophie des Gehirns — Hydrocephalus externus — Leichte Leptomeningitis chronica — Struma nodosa parenchymatosa — Cystische Erweiterung d. ductus pancreaticus im Pankreaskopf Gallenblase überragt den Leberrand um 3 Querfinger. Die ableitenden Gallenwege sind sehr stark erweitert. Im Ductus choledochus u. hepaticus 2 walnußgroße Steine. Die Lebergallengänge sind mit trüber, brauner Galle u. Gries gefüllt.

Vorgeschichte: Als Kind nie ernstlich krank.

1. Periode mit 17 Jahren, regelmäßig, mit 45 Jahren Menopause. Seit einigen Jahren Zeichen von psych. Erkrankung, die sich allmählich verstärken und Aufnahme in Anstalt bedingen. Während des Anstaltsaufenthalts Druckschmerz in der Gallenblasengegend, acholischer Stuhl. Ikterus. Nach wenigen Tagen Besserung.

S.-Nr. 10/25 K. R. Frau 76 J. † 13. 1. 25

Kl. D. Alkoholismus mit aphasischen Störungen.

L. D. Frische hämorrag. Narben in beiden Großhirnhälften: links in d. Umgebung der fossa Sylvii, rechts im oberen seitl. Teil d. Hinterhauptlappens — Sclerose d. Hirnarterien, der absteig. Aorta u. ihrer Bauchäste — Offenes Foramen ovale — Pleurit. Verwachsungen beider Lungen mit frischer cavernöser Einschmelzung u. drohendem Durchbruch i. link. O.-L. — Embolische Verstopfung kleiner Lungenarterienäste — Gallensteine Schrumpfung beider Nieren — Rindencysten — Apoplexia uteri — Varicen beider Unterschenkel — Tuberkulose d. link. Handwurzelknochen.

Gallenblase stark gefüllt mit dünnflüssiger, fadenziehender brauner Galle u. 6 tetraedrischen Gallensteinen.

Vorgeschichte: Ergibt keinerlei Anhaltspunkte für ein Gallensteinleiden.

S.-Nr. 33/25 A. D. Mann 77 J. † 6. 2. 25

Kl. D. Chron. Bronchitis, Emphysem. Bronchopneumonie.

L. D. Eitrige Bronchitis, hypostat. Pneumonie d. l. U.-Lapp. Lungenemphysem. Ausged. pleur. Verwachsungen beider L. Anthrokose aller Lungenlymphknoten. Altersatrophie aller Organe. Concentr. Hypertrophie des Herzens — Endocardit. Residuen der Mitralis — Mitralstenose — Geringgradige Sclerose der Aorta, Klappen u. Kranzarterien — Pulsationsdivert. d. Speiseröhre, Stauungsleber — Kapselschwiele im Bereich d. Rippenbogens. Gallensteine. Verwachsung der Gallenblase mit dem Duodenum — Perisplenit. Verwachsung d. Milz — Geringe Altersschrumpf. d. Nieren — Lipoidarme Nebennieren — Pankreascirrhose — Prostarathypertrophie — Chron. Gastritis — Hydrocephalus ext. — Knochenbildung in d. Sichel des Hinterhauptshirnes.

Gallenblase ist mit d. Duodenum fest verwachsen und prall mit großen Steinen gefüllt.

Vorgeschichte: Von Kinderkrankh. weiß Patient nichts anzugeben War nie ernstlich krank.

Vor ca. 2 Jahren plötzlich Atembeschwerden, viel Auswurf und Beklemmungsgefühle.

S.-Nr. 45|25 C. T. Mann 64 J. † 19. 2. 25

Kl. D. Magen-Carcinom — Gastro-enterostomia-post. — Unstillbare Durchfälle — Exitus an Marasmus und Inanition.

L. D. Krebsgeschwür d. Magenausgangs (solid. Krebs) mit Durchbruch in die hint. Bauchgegend mit jauch. eitr. Entzündung — Gastro-enterostomie — Metastasen in reg., periportalen, estraperit. u. mesent. Lymphknoten mit Einbr. in den Pankreaskopf — Ummauerung der l. Niere. Peritonit. Verwachs. d. Magens Duodenums u. der Gallenblase und der vord. Bauchgegend — Peritoneale Schwiele der Leber im Bereich des Rippenbogens, Gallensteine. Katarrh. Enteritis und Gastritis — Kotsteine in der Appendix — Lungenoedem, hydrothorax rechts, Bronchopneumon. Herd im r. O.-L.

Die Gallenblase ist mit dem Duodenum verwachsen. In ihr 3 Gallensteine und wenig fadenziehende Flüssigkeit.

Vorgeschichte: Familienamnanese o. B. Pat. früher immer gesund. Nie Magenbeschwerden. Solche treten erst seit Ende 1924 auf,

bes. nach dem Essen. Nach 14 Tagen Erbrechen von dunklem Blut. Einweisung in die Klinik.

S.-Nr. 59/25 B. L. Frau 53 J. † 8. 3. 25

Kl. D. Carcinoma hepatis — Cholangitis mit Pankreasbeteiligung.

L. D. Krebs d. mit Gallensteinen gefüllten Gallenblase—Verschluß des Gallengangs — hochgrad. Metastasenbildung in d. Hiluslymphknoten — Hochgradiger allgem. Ikterus — Metastasen in den Lymphknoten der kl. Curvatur — Perforation des Krebses in Duoden. uud groß. Pfortaderäste — Chronische Gastritis — Ascaris lumbric. im Magen und Dünndarm — Achol. Stuhl — Chronische Schwellung der Milz — Hydrothorax — Ascites — Anasarka.

Von der Gallenblase ist nur d. Fundus sichtbar. Beim Einschneiden in die Leber in der Gallenblasengegend gerät das Messer in eine gänseeigroße, jauchige Zerfallshöhle, die mit der Gallenblase in enger Verbindung steht; aus der Gallenblase entleeren sich durch Druck auf den Fundus 8 schwärzliche, harte, kantige Steine und viel Gries. Im Hals der Gallenblase, der nur andeutungsweise erhalten ist, stecken 3 korkpfropfengroße, weiche Steine.

Anamnese: Als Kind Masern, sonst nie krank. Mit 34 J. schuppender Ausschlag am ganzen Körper mit heftigen Kopfschmerzen und hohem Fieber. Seit 2 Jahren bemerkt Patient einen langsam wachsenden Kropf.

1. Regel mit 18 Jahren. Menopause mit 47 Jahren.

Jetzige Erkrankung: Im Sept. vorigen Jahres starkes, saures Aufstoßen und Erbrechen von „Galle". Gleichzeitig damit, bes. nachts, starke Schmerzen in der Leber-Gegend. Schmerzen nehmen trotz Behandlung nicht ab, deshalb Klinikaufnahme. Starke Abmagerung seit Auftreten der Beschwerden.

S.-Nr. 50/25 M. K. Frau 54 J. † 8. 3. 25

Kl. D. Portio-Carcinom — Status nach operativer Entfernung der Ovarien — Postoperative Embolie.

L. D. Zustand nach operativer Entfernung beider Adnexe wegen Ovarialtumor — Adenocarcinom der Portio und d. corpus uteri — Pleuritische Verwachsungen beider Lungen, Hypostase beider Unter-Lappen — Anaemie von Leber und Nieren — Gallensteine. Ascaris lumbricoides — Ascites.
In der Gallenblase etwa 40 ccm olivgrüner Galle u. 2 haselnußgroße Gallensteine.

Vorgeschichte: Mit 7 Jahren Diphterie, Pneumonie, Nephritis, Herzleiden. Grippe und Rheumatismus 1912.
1. Periode mit 13 Jahren unregelmäßig. Menopause mit 35 J. (1915). 1920 wieder unregelmäßig Blutungen; in letzter Zeit besonders starken, blutigen, klumpigen Ausfluß. Kann in letzten Tagen kein Wasser lassen. Brechreiz.

S.-Nr. 62/25 B. W. Frau 74 J. † 12. 3. 26

Kl. D. Lebercirrhose? Leber-Ca?

L. D. Krebs des Gallenblasensegmentes bei altem Steinleiden. Steine in den abführenden Gallenwegen — Einwucherung d. Ca in die Leber — Zahlreiche Krebsmetastasen der Leber und Lymphknoten an der Leberpforte — Verwachsungen beider Lungenspitzen — Hydrothorax rechts — Hypostatische Pneumonie beider Unterlappen — Eitrige Bronchitis — Embolie des Unterlappenastes der A.-pulm. — Endocarditische Residuen an der Mitralis — Subendocardiale Fettwucherung — Leichte Sclerose der Kranzarterien — Verkalkung der Bauchaorta — Adenomknoten der Schilddrüse — Soor der Mund-, Rachen- und Oesophagusschleimhaut — Decubitus sacralis.
Gallenblase stark erweitert und enthält schleimige, rötlich-trübe Massen und zahlreiche facetierte, erbsengroße Steine. Auch ductus cysticus und choledochus ist stark erweitert und enthält die gleichen Steine. Im Fundus der Gallenblase findet sich ein kraterförmiges, mit wulstigen Rändern versehenes Geschwür, das sich unmittelbar in die Leber hineinerstreckt.

Vorgeschichte: Gallensteinkoliken. Ca. der Gallenblase und Leber.

S.-Nr. 72/25 G. P. Mann 48 J. † 27. 3. 25

Kl. D. Pankreas-apoplexie und -nekrose — Probelaparatomie wegen Verdacht auf Peritonitis nach perforierendem Magenulcus.

L. D. Ausgedehnter Blutungs- und Nekroseherd im Mittelstück des Pankreas — Beginnende Phlegmone der hinteren Bauchwand, besonders rechts — Fettgewebenekrose in Umgebung des Pankreas — Beginnende sero- fibrinöse Peritonitis im Oberbauch — Frische Laparatomiewunde mit Drainage der Rouosa omentalis — Cholesteriesteine der Gallenblase — Ecchymosen im Peritonealüberzug der Leber, in der Coecalschleimhaut und der Schleimhaut des Nierenbeckens — Chronische Gastritis, Hypertrophie der Prostata — Hydrocele links — Varicele rechts — Struma colloides nodosa — Leptomeningitis chronica. Die Gallenblase enthält nur wenig trübe, braune Galle. Die Schleimhaut ist leicht gedunsen und die ganze Gallenblasenwand ist ödematös. Im Halsteil ein haselnußgroßer, maulbeerartiger Stein.

Vorgeschichte: Immer gesund gewesen. Manchmal nach kaltem Trunk Drücken in der Magengegend und Ohnmachtsanwandlungen. Hielt sich für völlig gesund und hat ohne Beschwerden schwere Arbeit geleistet. Plötzlich erkrankt mit Schmerzen im Leib, die zunehmen. Kein Brechreiz. Druckschmerz zwischen Nabel und Schwertfortsatz. Laparatomie ergibt Pankreasnekrose.

S.-Nr. 81/25 A. S. Frau 55 J. † 13. 4. 25

Kl. D. Carcinoma uteri.

L. D. Geschwürig und jauchig zerfallenes Carcinom des Uterus mit krebsiger Infiltration der Parametrien, eines großen Teiles der Blase und fast völliger Zerstörung des oberen Abschnittes der Scheide- und der hinteren Blasenwand — Krebsige Infiltration der retroperitoneal. Lymphdrüsen, Krebsmetastasen der Leber — Beiderseitige, leichte Hydronephrose — Gallensteine: Kleine Schleimhautpolypen des Dünndarms.

Die Schleimhaut der Gallenblase glänzend-glatt; im Fundus zwei erbsengroße Steine.

Vorgeschichte: Als Kind Diphterie, mit 22 Jahren wegen Magenleiden und Bleichsucht in ärztlicher Behandlung. Seitdem nie mehr krank. 5 Lebendgeburten, 2 Abgänge.
1. Regel mit 13 Jahren, Menopauseeintritt mit 49 Jahren, nach vier Monaten wieder starke, tägliche Blutungen. Mit ihnen gleichzeitig Schüttelfrost, Fieber, niemals Ausfluß. 1920 Bestrahlung wegen Cervix-Carcinom. Danach wieder arbeitsfähig. Seit Anfang 1924 wieder Auftreten der alten Beschwerden. Klinikaufnahme.

S.-Nr. 98/25 A. P. Mann 66 J. † 6. 5. 25

Kl. D. Herzschwäche, Pneumonie.

L. D. Erweiterung und Wandverdickung aller Herzhöhlen — Verkalkung der Klappenansätze des linken Herzens unter Einbeziehung des Stammes des His'schen Bündels — Verfettung und stellenweise Verkalkung der Herzwandarterien und der Aorta — Hochgradiges Oedem und Hyperämie beider Lungen — Eitrige Bronchitis und Tracheitis — Vereinzelte bronchopneum. Herde in den hinteren Teilen beider Lungen — Geringgradiges Emphysem — Glottisödem — Tonsillenschwielen — Starke, entzündliche Schwellung der mediastinalen Lymphdrüsen — Cirrhose der Leber und Nieren — Gallensteine — Vereinzelte Nierencysten — Stauungsmilz.
Gallenblase stark gefüllt, enthält kleine Steinchen.

Vorgeschichte: Ergibt keine Hinweise für ein Gallensteinleiden.

S.-Nr. 122/25 M. S. Mann † 6. 6. 25

Kl. D. Progressive Paralyse — Exitus im Fieberanstieg (Malaria) — Atemlähmung.

L. D. Atrophie des Gehirnes — Leptomeningitis chronica — Hydrocephalus ext. et internus — Ependymitis granularis — Osteoporose des Schädeldaches — Pleuritische Verwachsungen der linken Lunge — Hypostat. Pneumonie beider Unterl. — Mesaortitis luetica — Sclerose der Aorta, der großen Hals- und Koronargefäße — Stauungsleber — Gallensteine — Sept. Milz-

tumor (Malariatherapie) — Parenchymatöse Blutungen im ganzen Dickdarm — Narbe am Penis.
Gallenblase enthält 2 walnußgroße, rundliche und mehrere kleine, facetierte Steine.

Vorgeschichte: Keine Kinderkrankheiten, mit 10 Jahren Lungenentzündung; sonst nie krank. Wird April 1924 wegen psychischer Störungen ins Krankenhaus eingewiesen. Von dort kommt Patient wegen progressiver Paralyse in die psychiatrische Klinik. Malariakur. Exitus bei Fieberattake.

S.-Nr. 145/25 A. K. Frau 80 J. † 29. 6. 25

Kl. D. Arteriosclerose, Cholelithiasis, Marasmus.

L. D. Intraperiton. Abszeß nach Durchbruch des Duodenums, wahrscheinlich im Zusammenhang mit Gallensteinen — Starke Füllung der Gallenblase — Gallengries. Gallensteine. Chron. Cholecystitis mit Bildung von kleinen Geschwüren im Halsteil — Erweiterung des ductus cysticus — Fettgewebsnekrosen in der Umgebung der Pankreas — Atrophie aller Organe — Septische Milzschwellung — Arteriosclerotische Schrumpfnieren — Hochgradige Sclerose der Bauchartérien — Kleine Myome des Uterus — Apoplexia uteri — Multiple Schleimhautpolypen im Dickdarm — Sclerose der Brustaorta und Arcusäste mit aneurysmatischer Erweiterung der Art. anonyma — Starke Narbenbildung im Arcus — Pleuritische Verwachsungen der ganzen rechten Lunge und linken Spitze — Herzbeuteloblíteration — Lipomatose des Herzens —Embolie mehrerer Aeste der Lungenarterien — Knotiger Kropf mit Schwielenbildung und Verkalkung — Varicen des Oesophagus — Hautödem, Lipom des linken Vorderarms.
Die Gallenblase tst mit dem Duodenum verwachsen. Sie ist stark gefüllt und enthält neben reichlich trübgelber Galle feine Grieskörperchen und 3 schwarzgrüne Steine.

Vorgeschichte: Als Kind immer gesund. Mit 40 Jahren Patellarfraktur. Sonst nie krank gewesen.
Seit 3 Jahren Müdigkeit, Mattigkeit, Schwäche in den Beinen, Atemnot.

Im Verlauf des Klinikaufenthaltes plötzlich 39° Fieber, leichter Icterus, in der Gallenblasengegend nunmehr ein gut pflaumengroßer, länglicher Tumor zu fühlen. Leber nicht vergrößert. Während der folgenden 4 Monate wechseln Zeiten der Besserung bis zur Beschwerdefreiheit mit erneuten Gallensteinanfällen. Wachsende, allgemeine Schwäche, plötzlicher Exitus.

S.-Nr. 147/25 H. D. Mann 54 J. † 2. 7. 25

Kl. D. Paralyse, Bronchopneumonie.

L. D. Starke Atrophie des Gehirnes — Leptomeningitis chronica — Hydrocephalus externus und internus — Leichte Ependymitis granularis — Eitrige Bronchitis — Pneumonische Verdichtung beider Unterlappen — Starke Einziehung des Oesophagus und seiner Umgebung des hinteren Mittelfelles — Atrophie aller Organe — Chronische Cholecystitis und Cholelithiasis — Arthritis deformans.

Die Gallenblase ist stark gefüllt und enthält mehrere erbsengroße Steine.

Vorgeschichte: 1912 und 1915 Gallensteinkoliken, sonst immer gesund, hie und da Migräneerscheinungen.

1918 erstmals psychische Störungen, 1919 Einweisung in Anstalt wegen beginnender Paralyse. Während der folgenden Jahre Anstaltsbehandlung mit kurzen Unterbrechungen. In dieser Zeit nur einmal 1923 Erscheinungen von Seiten der Gallenblase: Icterus ohne Fieber und ohne Druckempfindlichkeit der Gallenblasengegend.

S-Nr 169/25 B. G. Mann † 23. 7. 25

Kl. D. Offene Tuberkulose der Lungen — Nierendegeneration — Herzfehler.

L. D. Hypertrophie und Dilatation aller Herzhöhlen — Insufficiens der Tricuspidalis — Stenose der Aorta — Pleuritische Verwachsungen beider Lungen — Krebsschwiele in beiden Spitzen Kleine Kaverne im rechten Oberl. — Pneumonokoniose beider Oberl. — Emphysem des linken Oberl. — Lungenödem —

braune Induration beider Lungen — Stauungsmuskatnußleber — Stauungsmilz — Peritonitische Verwachsungen der Gallenblase mit dem Dickdarm u. großem Netz. — Gallensteine — Stauungsnieren — Rindencysten beider Nieren — Varicocele — Stauungskatarrh von Magen und Darm — Ascites — Anasarka. — Gallenblase ist prall mit zahllosen, bis erbsengroßen Steinen vom Hals bis zum Fundus gefüllt, zwischen diesen Konkremente, kein Tropfen Galle.

Vorgeschichte: Ergibt keine Hinweise für ein Gallensteinleiden.

S.-Nr. 180/25 E. S. Frau 15 J. † 1. 8. 25

Kl. D. Meningitis? Sepsis?

L. D. Frischere Endocarditis verrucosa am Vorhofsrande d. Mitralissegel — Kleine, embolisch-metastatische Eiterherde im Herzmuskel, in der Leber, der Milz, den Nieren, sowie vereinzelt auch in den Leptomeningen — Septische Milzschwellung — Trübe Schwellung des Herzmuskels, der Leber und Nieren — Lungenödem — Cholesterinstein in der Gallenblase — Blutungsherd im re. Sehhügel — (Allgemeine Blutvergiftung).
Die Gallenblase ist prall mit grauer, dünnflüssiger Galle gefüllt und enthält 3 hellgelbe, maulbeerförmige Steine. Ihre zarte, netzförmig gezeichnete Schleimhaut enthält zahlreiche, feine, gelbweiße Körnchen. Gallenwege o. B.

Vorgeschichte: Früher Scrofulose, vor kurzem Mandelentzündung, sonst nie krank. Seit wenig Tagen unwohl, starke Kopfschmerzen, plötzlich bewußtlos, Einlieferung im Coma.

S.-Nr. 210/25 A. H. Mann 77 J. † 7. 9. 25

Kl. D. Dementia praecox, Leberleiden, Tuberkulose.

L. D. Chronische, eitrige Gallengangsentzündung mit eitriger, abzedierender Entzündung d. Leber — Gallensteine — Peritonitische Verwachsungen der Gallenblasengegend — Septische Milzschwellung — Hochsitzendes Rectumcarcinom — Multiple Polypen des Dickdarms — ausgedehnte, pleutische Verwachsungen beider Lungen — pneumonische Verdichtung

im rechten O.- u. U.-L. — Tuberkulöse Schwiele mit Verkalkung in der Spitze des recht. U.-L. und in einem Hilus-lymphknoten — Schwielige Verwachsungen des Herzbeutels mit dem Herzen aus tuberkulöser Herzbeutelentzündung — eitrige Bronchitis — Atrophie des Gehirns — Ependymitis granularis.

Das Querkolon ist mit der Gallenblase, die stark gefüllt ist und den Leberrand um 4 cm überragt, stark verwachsen. In der Gallenblase finden sich zahlreiche, verschieden große Steine. In den Gallenwegen keine Steine. In der Leber kleine, eitergefüllte Hohlräume mit unregelmäßiger, fast fetziger Wandung.

Vorgeschichte: Als Kind nie ernstlich krank. Mit 12 Jahren Fall auf den Hinterkopf. Mit 50 Jahren erstmalig Aeußerung von Verfolgungsideen und Größenwahnideen, die noch nicht weiter in Erscheinung traten. Wenige Jahre darauf Auftreten von heftigen, chronischen Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Gedächtnisschwäche und stärkeres Hervortreten der Wahnideen. Einweisung in Anstalt. Im 13. Jahr des Anstaltsaufenthaltes erstmalig Erscheinungen von Seiten der Gallenblase: Ikterus, Fieber, starke Druckempfindlichkeit der Gallenblasen-Gegend. Kurze Zeit darauf Exitus an Bronchopneumonie und Herzschwäche.

S.-Nr. 214/25 A. H. Frau 30 J. † 15. 9. 25

Kl. D. Doppelseitiges Kystom. Parametritis.

L. D. Zustand nach operativer Entfernung doppelseitiger Ovarialkystome — starke, schwielige Verwachsung des Rektums mit Uterus nach chronisch-eitriger Pelveoperitonitis — Verengung des Rektums — Diffuse sero-fibrinöse Peritonitis — Dilatation des Darms (paral. Ileus) — Rektumfistel in der Vorderwand und Verbindung mit dem Douglas — Oedematöse Schwellung der Blasenschleimhaut — Chron. Cholecystitis mit Steinbildung und Verwachsungen mit dem Querkolon — seröser Erguß in beiden Pleurahöhlen — Oedem beider Unterlappen.

Gallenblase fest mit Querkolon verwachsen, Wand stark verdickt. Lumen ziemlich eng, völlig mit ca. 40 Steinen u. Schleim

gefüllt. Schleimhaut grauweiß, ohne Netzzeichnung, keine Galle. Steine im Choledochus und Cysticus.

Vorgeschichte: In früheren Jahren nie ernstlich krank gewesen. 1. Regel mit 18 Jahren, regelmäßig. 1920—1923 erste, normale Lebendgeburt und 2 Abgänge: Febr. 1925 Regel stärker und mit heftigen Sehmerzen verbunden. Vom Arzt als Bauchgrippe behandelt. Gleichzeitig Gallenblasenentzündung. Stuhlgangbeschwerden: wehenartige Schmerzen, weißer, flüssiger Stuhl. Seit Juni Verdickung des Leibes, bes. links, die rasch zunahm, seit 2 Wochen Nachlassen der Beschwerden.

S.-Nr. 244/25 J. B. Mann 65 J. † 17. 10. 25

Kl. D. Arteriosclerotisches Irresein.

L. D. Sclerose der Intima der Aorta, Kranz- u. basalen Hirngefäße — frischer, hämorrhag. Erweichungsherd der inneren Kapsel links — kleine, apoplekt. Cyste in der rechten Balkenstreifung — pleuritische Verwachsungen der rechten Lunge — frische, serofibrinöse Pleuritis im Bereich des rechten U.-L. — Gallensteine — Perisplenitis fibroplastica — arteriosclerotische Schrumpfnieren — Balkenblase — Atrophie d. Hoden — Hydrocele rechts — Decubitalgeschwüre.

In der Gallenblase ca. 80 Steine von Linsen- bis Kirschkerngröße. Schleimhaut der Gallenblase stark gerötet, sonst zart, netzförmig, samtartig.

Vorgeschichte: War stets ein schwächliches Kind, bis zum 17. Lebensjahr kränklich. Im Mai 1922 Schlaganfall, rechte Seite war einige Tage gelähmt, danach Erregungszustände. Im Dez. 1922 plötzlich Unwohlsein. Am Tag darauf Redseligkeit, Verfolgungsideen. Einlieferung in das Krankenhaus, von da in die psychiatrische Klinik. Besserung des Zustandes. Fürsorgebehandlung. Ab Januar 1925 allmählige Verschlechterung.

S.-Nr. 245/25 M. K. Frau 61 J. † 19. 10. 25

Kl. D. Paraplegie; Myelitis? Tumor?

L. D. Gliom d. unt. Lumbalmarkes — Kalkschwiele in beiden Lungen-

spitzen — Verfettung und Hyperplasie der Intima der Aorta und Coronararterien — Empyem d. Gallenblase. — Großer Gallenstein — Beginnende Granularatrophie beider Nieren — Cystitis catarrhalis — Multiple Dekubitalgeschwüre — Pigmentflecken der Haut.

Gallenblase stark mit Umgebung verwachsen, klein. Auf Schnitt entleeren sich aus einem abgeschnürten Hohlraum d. Fundus eitrige graugelbe Massen. Darüber liegt ein walnußgroßer, länglicher Stein. Schleimhaut grauweiß.

Vorgeschichte: Als Kind Masern, Keuchhusten, Scharlach, Diphterie, öfters Influenza. Sonst nie krank.

Im Sommer 1924 Beginn des jetzigen Leidens mit Reizbarkeit, Erregbarkeit. Ab Dezember 1924 Prikeln in den Fußsohlen u. Gefühl des Nadelspitzenlaufens. Gefühl von Schwere in Füßen und Beinen. Allmählicher Verlust des Sehvermögens. Obstipation. Blasenstörungen. Wegen Verdacht auf Tumor im Rückenmark Klinikeinlieferung.

S.-Nr. 283/25 A. F. Mann 58 J. † 25. 11. 25

Kl. D. Epilepsie. Hernia incarcerata.

L. D. Umschriebene frische sero-fibrinöse Peritonitis bei eingeklemmtem, rechtsseitigem Leistenbruch. — Hochgradige Aufblähung aller Darmschlingen. — Alte peritonitische Verwachsungen von Dünndarmschlingen — Hydrocele rechts — Leichte Granularatrophie beider Nieren — Gallensteine — Geringgradige Sclerose der Intima der Aorta, stärkere der basalen Hirn- und Coronararterien — Pleuritische Verwachsungen der rechten Lunge — Leptomeningitis chronica — Verschmälerung der Hirnrinde.

Die Gallenblase enthält mehrere kleine Steine.

Vorgeschichte: Als Kind nie krank. Später hatte er öfter mit den Nieren zu tun, hie und da leichte Anfälle mit Krämpfen, Bewußtlosigkeit, Schaum vor dem Mund. Seit 1917 auch in der anfallsfreien Zeit oft verworren und unzurechnungsfähig. Deshalb Aufnahme in Anstalt. Während des 2. Jahres des Anstaltaufenthaltes wurde bei sonst völlig ungestörtem Allgemeinbefinden acholischer Stuhl beobachtet. Im Laufe des

folgenden Jahres keinerlei Erscheinungen von seiten der Gallenblase. Exitus infolge Hernia incarcerata.

S.-Nr. 206/25 A. L. Frau 30 J. † 7. 12. 25

Kl. D. Ovarialcyste — Tod bei Operation.

L. D. Etwas verkleinertes Herz — abnorme Enge der Aorta — vollständige Verwachsung der linken Lunge mit dem Zwerchfell — Gallensteine — Infarktnarben in der linken Niere — operativer Defekt der Eierstöcke und Eileiter — Hyperämie von Milz und Nieren — kleine Blutungen in der Nierenbeckenschleimhaut — leichter Turmschädel — mäßiges Gehirnödem — leichte Hyperämie des Gehirns — frische Operationswunde in der Unterbauchgegend. (Luminal!)
In der Gallenblase 2 ca. walnußgroße Steine.

Vorgeschichte: Als Kind angeblich nie krank, auch später nie ernstlich krank. Vor 6—7 Jahren Behandlung wegen Dysmenorrhoe. Vor 4 Wochen Beginn der jetzigen Erkrankung mit Erbrechen und kolikartigen Schmerzen im Unterleib. Schon vorher ab und zu Schmerzen in der linken Seite während der Regel.

S.-Nr. 314/25 A. F. Frau 48 J. † 21. 12. 27

Kl. D. Lungentuberkulose, Haemoptoe.

L. D. Ulceröse Phtise beider Lungen — Große mit Blut gefüllte Caverne im rechten O.-L. — Frisches Blut in Luftwegen und Magen — Chron. indurierende Tuberkulose im rechten M.- und Unterlappen — Ausgedehnte Schwartenbildung der Pleuren beider Lungen — Verwachsung des Herzbeutels mit Brustwand und rechter Lunge — Vicarüerende Blähung der rechten Lunge — Verfettung d. Intima der Aorta und d. Kranzgefäße — Fettige Muskatnußleber — Gallensteine — Septische Milzschwellung — Stauungsnieren — Stauungskatarrh der Magen- und Darmschleimhaut — Vereinzelte tuberkulöse Darmgeschwüre — Skoliotische Vertiefung der Brustwirbelsäule — Habitus phtisicus.
Gallenblase lang, fingerdick, enthält wenig braunrötliche Galle und 10 ca. schlehengroße eckige Steine.

Vorgeschichte: ergibt keine Anhaltspunkte für ein Gallensteinleiden.

S.-Nr. 8/26 E. H. Frau 56 J. † 6. 1. 26

Kl. D. Paralyse.

L. D. Embolie d. Art. fossae Sylvii links mit ausgedehnter Encephalomalacie in der linken Hemisphäre — Seröse Leptomeningitis — Pleuritische Verwachsung der rechten Lunge — Beginnende umschriebene Gangrän in beiden O.-L. — Hypostatische Pneumonie beider U.-L. — Sclerose der Aortaklappen und Intima der Aorta — Mesaortitis luetica — Geringe Stauung der Leber — Gallensteine.

Gallenblase mit verdickter Wand, enthält wenig gelbbraune Galle und ca. 20 erbsengroße Steine.

Vorgeschichte: ergibt keinerlei Anhaltspunkte für ein Gallensteinleiden.

S.-Nr. 11/26 K. R. Frau 68 J. † 9. 1. 26

Kl. D. Tabes dorsalis.

L. D, Mehrfache ältere und frischere Encephalomalacie im Corpus striatum und Thalamus opticus links u. rechts — links frischer Herd im Thalamus — alter Tbc.-Herd der linken Spitze — Cystitis haemorrh. purul. — Balkenblase — Ureteritis — Pyelitis — Stauungsleber — Gallensteine.

In der Gallenblase ein taubeneigroßer, solitärer Cholesterinkalkstein. Schleimhaut o. B.

Vorgeschichte: Niemals Erscheinungen von Seiten der Gallenblase (Nach Angabe des Klinikvorstandes).

S.-Nr. 52/26 J. G. Mann 63 J. † 20. 2. 26

Kl. D. Dementia arteriosclerotica.

L. D. Hochgradige Sclerose der basalen Hirnarterien — Arteriosclerot. Cysten des rechten Streifenhügels — Apfelgroßer Erweichungsherd im rechten Hinterhauptslappen — Starke Verwachsungen der Dura mit dem Schädeldach — Knochenspange im Tentorium cerebri — Pleuritische Verwachsung der linken Lungenspitze — Bronchopneumon. Herde in beiden U.-Lappen und im rechten O.-L. — Eitrige Bronchitis des

linken U.-L. — Synechie des Herzbeutels — Verfettung und Sclerose d. Aortenintima — Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels — Dilatation des rechten V. — Struma colloides cystica — Gallensteine — Decubitus sacralis.
Gallenblase ganz klein, enthält 2 dunkle Steine und reichlich eingedickte Galle.

Vorgeschichte: War immer gesund. Vor 3 Jahren 1 Schlaganfall, war nur bewußtlos, am folgenden Tag schon wieder arbeitsfähig. Vor 1/4 Jahr Beginn der psychischen Erkrankung, Sehstörungen, Verworrenheit. Anstaltseinweisung.

S.-Nr. 58/26 E. P. Frau 68 J. † 26. 2. 26

Kl. D. Dementia arteriosclerotica.

L. D. Hochgradige, chronische Leptomeningitis — Hydrocephalus ext. et int. — hochgradige Sclerose und Atheromatose der Intima der Aorta, der Kranz- und Basalarterien des Gehirns — ausgedehnte pleuritische Verwachsungen beiderseits — eitrige Bronchitis — bronchopneumon. Herde im linken U.-L. — großes Cavernom der Leber — Schrumpfgallenblase mit Stein — arteriosclerotische Schrumpfung beider Nieren — Myomatosis uteri — chronische Gastritis.
In der fast fingerhutgroßen Gallenblase ein etwa kirschgroßer Stein.

Vorgeschichte: Als Kind Scharlach und Scrofulose. 1. Periode mit 13 Jahren. Um diese Zeit hatte sie immer mit Drüsen zu tun. Litt lange Jahre an Gallensteinkoliken, die nach einer Kur mit Karlsbadersalz verschwanden. Mit 50 Jahren Menopause. Vor einigen Jahren Staroperation. Wegen psychischer Erkrankung in Anstalt eingeliefert.

S.-Nr. 103/26 B. S. Frau 76 J. † 25. 4. 26

Kl. D. Rippenfellentzündung mit Erguß — Blasenentzündung — Herzschwäche.

L. D. Bronchialcarcinom des rechten Unterlappens mit stellenweise eitrigem Zerfall — Metastasenbildung in den Hilusdrüsen — pleuritische Verwachsungen der linken Lunge und besonders der

rechten L. mit abgekapseltem, hämorrh. Erguß — Bronchitis — Tracheitis — Lungenödem — Sclerose und Verfettung der Aorta und Kranzgefäße — starke, hämorrh. Cystitis — Stauungsleber — Gallensteine mit Dehnung der Blasenwand — Perisplenitis fibroplastica.

In der Gallenblase, die als ein dünner Sack 6 1/2 cm über den Leberrand hervorragt, finden sich 2 klein-hühnereigroße Steine. Schleimhaut zart, wenig goldgelbe Galle.

Vorgeschichte: Als Kind Masern. Später nie ernstlich krank. Mit 63 Jahren Blasenentzündung. Mit 17 Jahren 1. Regel, immer regelmäßig, 4 normale Entbindungen. Vor einigen Monaten wieder Blasenbeschwerden. Wegen hinzugekommener, angeblicher Pneumonie Klinikeinlieferung.

S.-Nr. 108/26 P. D. Mann 38 J. † 27. 5. 26

Kl. D. Gibbus d. 5. B. W. (Tbc.) — Lähmung beider Beine — Laminektomie 24. 4. — plötzlicher Tod.

L. D. Endothelsarkom der Pleura mit Uebergreifen auf die Rückenmuskulatur und die Wirbelsäule — operativer Defekt des 4. und 5. B.-W.-Körpers — Metastasen im linken O.-L., auf der Pleura, dem linken U.-L., in den peribronch. Lymphknoten, auf dem Zwerchfell — sero-fibrinöse Pleuritis beiderseits — Bronchopneumonische Herde in der ganzen rechten Lunge und im linken U.-L. — eitrige Bronchitis — Stauungsleber — Gallensteine — Verwachsungen der Gallenblase mit der re. Flexur — Milzschwellung — trübe Schwellung der Nieren — Decubitus sacralis.

Gallenblase ist mit der rechten Flexur verwachsen, ca. kleinfingerdick, enthält an der Spitze einen maulbeerförmigen Stein und noch ca. 30 kleinere.

Vorgeschichte: Sept. 1925 erstmalig unklare Schmerzen im Rücken, die nach vorne auf die Brust ausstrahlten. Deshalb Behandlung in der medizinischen Klinik; dort wird keine Diagnose gestellt, deshalb Entlassung. 14 Tage später stellt sich unsicherer Gang ein, Kraftlosigkeit in beiden Beinen, ziehende Schmerzen. Rasch kommt es zur vollkommenen Lähmung beider Beine, teilweise der Rumpfmuskulatur, außerdem Blasen-

und Mastdarmstörungen. Seit dieser Zeit auch geringe Schmerzen in der Wirbelsäule. Diagnose: Gibbus in 5. B.W. Laminektomie. Kurz darauf Exitus an akuter Herzschwäche.

S.-Nr. 121/26 M. S. Frau 45 J. † 10. 5. 26

Kl. D. Typhus abdominalis.

L. D. Ileotyphus, im Stadium der Reinigung der Geschwüre — Abnormer Colotyphus mit Mischinfektion — Multiple metastat.-embolische Abcesse im r. U.-L. — Frische, sero-fibrinöse Pleuritis re. — Lungenödem — In Rückbildung befindlicher Milztumor — Schnürfurche der Leber — Gallensteine.
Die Gallenblase ragt etwas über den Leberrand. Aus ihr entleert sich dunkel-olivgrüne Galle, teilweise mit hellen Flocken durchsetzt. Die Wand der Gallenblase ist nur stellenweise von dunklem Farbstoff imbibiert. Im Hals der Gallenblase, nahe der Einmündungsstelle des Cysticus, ein kirschgroßer Stein mit rauher Oberfläche.

Vorgeschichte: Angeblich früher nie ernstlich krank, einmal leichten Lungenspitzenkatarrh. Vor zwei Wochen plötzlich mit Kopfschmerzen und Uebelkeit erkrankt, Fieber v. 39 ° Obstipation. Fieber steigt im Lauf der folgenden Tage bis 40 ° und hält an. Klinikaufnahme.

S.-Nr. 124/26 P. G. Frau 67 J. † 9. 5. 26

Kl. D. Sarkom des linken Oberarms.

L. D. Zustand nach Amputation des linken Oberarms wegen Sarkom — Sarkommetastase der Pleura visceralis und costalis li. — Hämorrh. Erguß im linken Pleuraraum — Pleuritische Verwachsungen links — Atelektase des li. U.-L. — Arteriosclerotische Schrumpfnieren — Schrumpfgallenblase mit zahllosen Steinen — Zuckergußmilz.
Gallenblase stark geschrumpft, angefüllt mit heller, wässriger Galle und zahlreichen, bis erbsengroßen, facettierten Steinen.

Vorgeschichte: Vor 20 Jahren Uterusexstirpation wegen Prolaps. Seit 1/2 Jahr, angeblich nach Trauma, bohnengroßes, hartes

Knötchen auf der Dorsalseite des linken Unterarms. Seit 4 Wochen starke und rasche Größenzunahme desselben. Keine Schmerzen oder Funktionsbehinderung. Rheumat. Beschwerden an Knien und Händen.

S.-Nr. 131/26 C. K. Mann 53 J. † 14. 5. 26

Kl. D. Tetanus-Verletzung durch Sturz vom Rad 26. 4. Danach hausärztliche Behandlung. Zugang 12. 5., sofort 200 Tet. Antitoxin E.

L. D. (Tetanus) Granulierende Wunde über der linken Kniescheibe — Pulpahyperplasie der Milz (septisch?) — Perisplenitis — Fettleber — Cirrhose der Leber — Gallensteine — Verwachs. der Gallenblase mit der Unterseite der Leber und bes. mit d. Netz — Chron. Magenkatarrh — Trübe Schwellung des Herzmuskels — Tracheitis, Bronchitis — Intimaverdickung der Aorta.
Gallenblase ist mit dem nach oben zurückgeschlagenen Netz ziemlich verwachsen. Sie enthält ca. 30 ccm dünnflüssige, gelbe Galle mit mehreren dunklen, verschieden geformten Steinen.

Vorgeschichte: Gallensteinkoliken mit leichtem Ikterus. Verletzungen im Gesicht und am Knie. Tetanus. Einlieferung in Klinik.

S.-Nr. 136/26 K. L. Frau 84 J. † 15. 5. 26

Kl. D. Dementia senilis.

L. D. Hochgradige Sclerose und Atheromatose der Aorta, Kranzgefäße, und basalen Hirnarterien — Frischer, größerer Erweichungsherd in der re. Kleinhirnhemisphäre — Cysten d. weichen Häute — Altersatrophie aller Organe — Thrombotischer Verschluß d. ramus desc. d. A. coronaria mit nachfolgender frischer Erweichung des Herzmuskels — Verwachsungen der Aortenklappen — Myo- und Epikardschwielen — Alte pleuritische Verwachs. der linken Lunge — Kalkknoten der rechten Spitze Gallensteine — Arteriosclerotische Nierenschrumpfung beiderseits — Uterus myomatosus.
Gallenblase wird im Ganzen zur bakteriolog. Untersuchung entnommen, enthält ca. 15 Steine.

Vorgeschichte: Als Kind die gewöhnlichen Kinderkrankheiten. Mit 36 Jahren Lungenentzündung, sonst nie krank. Wegen psych. Erkrankung Anstaltsaufnahme.

S.-Nr. 147/26 B. W. Frau 77 J. † 27. 5. 26

Kl. D. Angina pectoris — Arteriosclerose.

L. D. Hochgradige Sclerose und Atheromatose der Intima der Aorta und Coronararterien — Schwielen im Myo- und Epikard — Geringgradige, konzentrische Hypertrophie aller Herzabschnitte — Alte, pleuritische Verwachsungen beider Lungen — Kalkherd in der linken Spitze — Atelektase im linken U.-L. — Varicen der Oesophagusschleimhaut — Rippenbogenschwiele der Leber — Gallensteine — Granularatrophie der Nieren — Chron. Gastritis — Stauungsblutung der Schleimhaut des Duodenums und Dickdarms — Hydrothorax — Hydropericard — Ascites — Anasarka — Altersstar — Altersatrophie aller Organe. Gallenblase geschrumpft, mit einem etwa mannsdaumendicken, am Hals etwas eingeschnürten, harten Stein angefüllt.

Vorgeschichte: Früher nie ernstlich erkrankt. Vor vielen Jahren Staroperation. Seit $^1/_2$ Jahr Atemnot bei Anstrengung. Seit einigen Wochen plötzlich einsetzende Anfälle von Atemnot, die sich mehr und mehr häufen. Aufstoßen, das sich bis zum Erbrechen steigert. Leichte Obstipation. Menopause seit Jahren.

S.-Nr. 170/26 C. L. Frau 33 J. † 20. 6. 26

Kl. D. Lungenembolie.

L. D. Zustand nach extraperitonealer Schnittentbindung — Embolischer Verschluß des rechten Hauptastes der Lungenarterie Thrombosen i. re. Herzohr — Anaemie von Leber, Milz u. Nieren Verwachsung der Gallenblase mit dem Querkolon — Gallensteine — Mammae lactantes — Frische Striae.
Gallenblase ist mit dem Querkolon etwas verwachsen. Sie enthält wenig dunkelgrüne Galle, ca. 10 kirschgroße Steine, Schleimhaut zart, netzförmig gezeichnet.

Vorgeschichte: Mit 10 Jahren Mumps. Sonst keine Erkrankungen im Kindesalter. Später oft Halsschmerzen. 1925 Grippe. Pe-

riode mit 17 Jahren. 3 Schwangerschaften (Querlagen). Vierte Schwangerschaft: Schnittentbindung.

S.-Nr. 172/26 P. H. Mann 83 J. † 22. 6. 26

Kl. D. Senile Demenz (Depressiver Zustand).

L. D. Atrophie des Gehirns — Leptomeningitis chronica — Hydrocephalus externus und internus — Alter Erweichungsherd im linken Hinterhauptslappen, frischerer in der li. Kleinhirnhemisphäre — Pleuritische Verwachs. beider Lungen — Beginnende catarrh. Pneumonie des re. O.-L. — Lungenemphysem — Hochgradige Sclerose und Atheromatose der Aorta, der Coronar- und basalen Hirnarterien — Endocarditis der Aortenklappen Hypertrophie des li. Ventrikels — Arteriosclerotische Schrumpfnieren — Gallensteine — Perisplenitis fibroplastica — Chron. Gastritis.

In der Gallenblase einige Tropfen dunkelbrauner Galle. Zahlreiche linsen- bis kirschgroße Steine. Schleimhaut o. B.

Vorgeschichte: Ergibt keinerlei Anhaltspunkte für eine Erkrankung der Gallenblase.

S.-Nr. 176/26 T. B. Frau 46 J. † 27. 6. 26

Kl. D. Portio-Ca.

L. D. Allgemeine Bauchfellcarcinomatose mit hämorrhag. Erguß — Fettleber — Follikelhyperplasie der Milz — Hydronephrose rechts — Schwielige Narbenbildung in der Gegend des Portio — Schwielige Umwandlung des parametralen Bindegewebes Gallensteine.

In der Gallenblase 3 ca. haselnußgroße Steine.

Vorgeschichte: Als Kind und auch später nie ernstlich krank. 3 normale Geburten. 1919. Kommt wegen atyp. Blutungen in die Klinik. Es wird ein Portio-Ca. festgestellt, Behandlung zunächst vom Patienten abgelehnt. Später Radiumbestrahlung, danach 2. Bestrahlung. 1925 erneut Beschwerden. Aufnahme in Klinik. Exitus letalis.

S.-Nr. 215/26 T. F. Frau 38 J. † 17. 8. 26

Kl. D. Multiple Sclerose? Hirntumor? Meningitis.

L. D. Encephalitis — Septische Milzschwellung — Decubitus sacralis Trübe Schwellung von Leber und Nieren — Thymus persistens Hochgradige Lipomatose des rechten Ventrikels — Gallensteine. In der Gallenblase mehrere kastanien- bis erbsengroße Steine, Schleimhaut zart.

Vorgeschichte: Keine Kinderkrankheiten. Mit 17 Jahren 1. Regel, damals 4 Wochen krank (Mattigkeit, Ausschlag). Regel dann immer regelmäßig. Vier normale Entbindungen. Vor einigen Monaten erkrankt: starke Schwäche, Doppeltsehen, Augenflimmern. Kein Fieber. Arbeitsunfähigkeit. Seit 4 Wochen Gefühllosigkeit in den Händen, Frostgefühl in den Beinen, kann nicht mehr gehen. Klinikeinlieferung.

S.-Nr. 246/26 A. B. Frau 85 J. † 19. 9. 26

Kl. D. Dementia senilis.

L. D. Hochgradige Sclerose der basalen Hirnarterien — Leptomeningitis chronica — Hydrocephalus internus — Kleine, arteriosclerotische Cyste im rechten Streifenhügel — Alte, pleuritische Verwachsungen beider Lungen — Sero-fibrinöse, tuberkulöse Pleuritis links — Frische, tuberk. Bronchopneumonie der linken Lunge — Eitrige Bronchitis — Braune Atrophie des Herzens — Sclerose der Intima der Aorta, Coronararterien und der A. lienalis — Schrumpfnieren — Gallensteine — Divertikel der Gallenblasenwand — Chron. Gastritis — Altersatrophie aller Organe.

In der Gallenblase ca. 10 erbsen- bis kirschgroße Steine. Die Wand ist an einer Stelle divertikelartig ausgebuchtet.

Vorgeschichte: Als Kind und später angeblich nie ernstlich krank, 1924 die ersten Anzeichen einer psychischen Erkrankung. Bald darauf Einlieferung ins Krankenhaus; von dort in psychiatr. Klinik. Während des Anstaltsaufenthaltes Bronchitiden und hie und da Durchfälle. Keine Erscheinungen von Seiten der Gallenblase. Exitus.

S.-Nr. 249/26 R. L. Mann 65 J. † 22. 9. 26

Kl. D. Myodegeneratio cordis — Bronchopneumonie — Apoplexie.

L. D. Leptomeningitis chronica — Hydrocephalus externus und internus — Großer Erweichungsherd im rechten Hinterhauptslappen — Sclerose der Intima der Aorta und Coronararterien — Sclerose und Atheromatose der Intima der Bauchaorta und basalen Hirnarterien — Braune Atrophie des Herzens — Totale Obliteration des Herzbeutels — Excentrische Hypertrophie des Herzens — Alte, pleuritische Verwachsungen beider Lungen — Frische, sero-fibrinöse Pleuritis links mit Compressionsatelektase des linken U.-L. — Lungenödem — Muskatnußleber — Gallensteine — Großer Grawitz'scher Tumor der rechten Niere — Metastasen in der linken Niere und region. Lymphdrüsen — Thromben der Cava inf. und beider vv. iliacae — Gastritis chronica — Blutiger Mageninhalt — Sulzige Atrophie des Fettgewebes.

Gallenblase etwa daumengroß; ist prall gefüllt mit etwa 10 bohnen- und ca. 20 erbsengroßen, weichen Steinen. Schleimhaut ist grauweiß, mit zahlreichen, faltigen Verdickungen. Fühlt sich derb an.

Vorgeschichte: Als Kind Masern, sonst immer gesund. Im Lauf der letzten Jahre häufig Gallensteinkoliken. 1925 linksseitiger Schlaganfall. Vor wenigen Monaten Schwellung in der Knöchelgegend, die gegen Morgen immer wieder verschwindet. Husten, Auswurf, Atemnot und Leibschmerzen. Klinikaufnahme.

S.-Nr. 248/26 A. K. Mann 58 J. † 7. 10. 26

Kl. D. Meningitis tuberculosa — Lungentuberkulose, vorwieg. einseitig — Leichte Nephritis.

L. D. Meningitis tuberculosa —Tuberk.Bronchopneumonie der rechten Lunge mit Cavernenbildung im rechten Ober-L. — Tbc. Pleuritis beiderseits — Lungenödem — Hypostatische Hyperämie beider Unter-L. — Braune Atrophie des Herzmuskels — Geringgradige Verfettung und Hyperplasie der Aortenintima — Stauungsleber — Alte, pleuritische Verwachsungen der Leber mit der vorderen Bauchwand — Gallensteine — Geringgra-

dige, arteriosclerotische Schrumpfung der Nieren — Hämorrhag. Cystitis mit diphterischer Verschorfung der Schleimhaut. Gallenblase ist ziemlich prall gefüllt; enthält dickflüssige, schwarze Galle, sowie ca. 1 Dutzend erbsen- bis haselnußgroße Steine. Schleimhaut zart, netzförmig gezeichnet.

Vorgeschichte: Von Kinderkrankheiten nichts bekannt. 1911 Lungenspitzenkatarrh. Heilstätten-Behandlung. In den nächsten Jahren öfters Rückfälle. Seit 4 Wochen zunehmende Mattigkeit, Stechen in der Brust und Kopfschmerzen. Vor einigen Tagen plötzlich bewußtlos. Klinikeinweisung.

S.-Nr. 265|26 A. L. Frau 19 J. † 12. 10. 26

Kl. D. Miliartuberkulose — Meningitis tuberkulosa — Solitärtuberkel der linken hinteren Zentralwindung.

L. D. Subakute Miliartuberkulose der Lunge, Leber, Milz, Nieren. Kleine Caverne im rechten Ober-L. — Pleuritische Verwachsungen beider Ober-L. — Braune Atrophie des Herzens — Geringe Verfettung der Aortenintima — Gallensteine — Concrement im rechten Nierenbecken — Hydronephrotische Schrumpfung der rechten Niere.
In der Gallenblase 9 fast kirschgroße, kantige Steine. Schleimhaut zart.

Vorgeschichte: Als Kind Masern, Erkältungen, später immer gesund. Vor 8 Tagen heftige Kopfschmerzen, Schüttelfrost, ansteigendes Fieber. Obstipation.

S.-Nr. 268|26 K. S. Frau 73 J. † 18. 10. 26

Kl. D. Gallenblasen-Carcinom.

L. D. Krebs der steingefüllten Gallenblase mit Durchbruch in das Duodenum (Gallenblasen-Zwölffingerdarm-Fistel) — Mächtige Erweiterung des oberen Duodenums, des Magens und der unt. Speiseröhre infolge Abknickung des Duodenums — Gallensteine im Magen — Metastasen in Leber, Zwerchfell, Lunge und Herz — Alte, pleuritische Verwachsungen des linken Ober-L. — Lungenemphysem — Hypostase beider Unter-L. — Braune

Atrophie des Herzmuskels — Sclerose und Atheromatose der Intima der Aorta — Wandständiger Thrombus im linken Ventrikel — Frischer, hämorrhag. Milzinfarkt.

Gallenblase etwa kleinfingerdick, 2 cm lang. Fest mit Duodenum verwachsen. Beim Aufschneiden entleeren sich grünlich-schwarze Massen und einige Gallensteine. Man kann von der Gallenblase aus bequem mit einem daumendicken Rohr in den absteigenden Teil des Duodenums kommen. — Nach aufwärts zu gegen den oberen Duodenumanteil ist die Sondenpassage schwieriger. Die durchgängige Öffnung ist etwa federkielgroß und stellt sich nur dar, wenn man Magen und oberen Duodenumabschnitt hin und her bewegt. Im Magen ca. 60 Gallensteine.

Vorgeschichte: Keine Kinderkrankheiten, auch später nie ernstlich krank. Seit 3 Wochen ständiges Erbrechen aller Speisen. Druckgefühl in der Magengegend. Starke Abmagerung. Zunahme der Beschwerden in den letzten Tagen.

S.-Nr. 273/26 J. M. Frau 62 J. † 22. 10. 26

Kl. D. Hysterie.

L. D. Krebs des corpus uteri — Metastasen in den Lymphknoten der Bauch- und Brusthöhle mit teilweiser Kompression großer Gefäße — Alte, pleuritische Verwachsungen beider Lungen — Braune Atrophie des Herzens — Geringe Sclerose der Intima der Aorta und der Coronararterien — Stauungsleber, -Milz, -Nieren — Gallensteine.

In der Gallenblase ca. 10 erbsengroße Steine.

Vorgeschichte: Als Kind Masern und angeblich Rachitis. Mit 11 Jahren Lungenentzündung, Blutbrechen mit 30 Jahren. 1. Regel mit 13 Jahren. Menopause mit 50 Jahren. Immer schon nervös, in den letzten Jahren Zunahme dieser Beschwerden. Wegen zunehmender psychischer Erkrankung Anstaltsbehandlung.

S.-Nr. 281/26 F. K. Frau 79 J. † 2. 11. 26

Kl. D. Myodegeneratio cordis — Stauungsbronchitis — Bronchopneumonie? Magencarcinom?

L. D. Sclerose und Atheromatose d. Aorta und Coronararterien. Braune Atrophie des Herzens. Alte pleurit. Verwachsungen beider U.-L. Bronchopneumon. Herde in beiden U.-L. Struma colloides cystica dextra. Gallensteine. Perisplenitis fibroplastica. Arteriosclerot. Schrumpfniere. Hydrocephalus ex vacuo.

Gallenblase enthält ca 50 ccm zähe, flüssige Galle, Schleimhaut sammtartig. Es finden sich 3 etwa kirschgroße Steine.

Vorgeschichte: Als Kind Keuchhusten. Später immer gesund. Vor 20 Jahren Lähmung der rechten Gesichtshälfte. Vor 2 Jahren Schlaganfall. Kurz darnach Atembeschwerden von wechselnder Beschaffenheit. Seit 14 Tagen starke Verschlechterung.

S.-Nr. 286/26 M. Z. Frau 72 J. † 11. 11. 26

Kl. D. Bronchopneumonie.

L. D. Bronchopneumon. Herde im linken Ober- u. Unterlappen — Frische fibrinöse Pleuritis der linken Lunge — Alte pleurit. Verwachsungen des li. U.-L. — Abgeheilte Tuberkulose der rechten Spitze — Braune Atrophie des Herzmuskels — Intimaverfettung und -Sclerose d. Aorta, Coronar- und größeren Halsgefäße — Atrophische Muskatnußleber — Gallensteine — Geringe, trübe Schwellung der Nieren — Geringgradige Fettgewebsnekrose d. Pancreas.

Gallenblase enthält 3 haselnußgroße Steine und mehrere ccm dickflüssige, dunkelbraune Galle.

Vorgeschichte: Als Kind Rheumatismus, Erkältungen, Lungenerkrankung. Vor 21 Jahren Kropfoperation. Vor 39 Jahren Menorrhagie. Einmal wegen Magenbeschwerden in Klinikbehandlung. Seit 8 Jahren öfters Atemnot. Seit 4 Wochen Müdigkeit, Herzklopfen, stärkere Atemnot. Druck auf der Brust. Plötzlich Schüttelfrost. Klinikeinlieferung.
2 normale Geburten, 1 Abgang.

S.-Nr. 287/26 K. H. Frau 63 J. † 11. 11. 26

Kl. D. Kachexie — Ca ventriculi — Peritonitis (?).

L. D. Großes, fast den ganzen Magen einnehmendes, medulläres Ca mit Durchbruch in der Bauchhöhle — Diffuse, sero-fibrinöse, eitrige Peritonitis — Metastasen in reg. Lymphdrüsen — Alte, peritonitische Verwachsungen des Magens mit der Leber Alte Verwachsungen der Gallenblase mit Querkolon — Gallensteine — Schnürfurche der Leber — Muskatnußleber — Perisplenitis fibroplastica — Alte, pleuritische Verwachsungen beider Lungen — Lungenemphysem — Braune Atrophie des Herzens — Verfettung und Hyperplasie der Intima der Aorta und der Kranzarterien — Kachekt. Oedem der Arme und Beine.
Gallenblase mit Querkolon verwachsen, enthält keine Galle, jedoch fünf haselnuß- bis kastaniengroße Steine. Schleimhaut gänzlich atrophisch.

Vorgeschichte: Als Kind Steinblattern. Seit dem 16. Lebensjahre öfters Gelenkrheumatismus, später Blinddarmentzündung. Zweimal Operation wegen Zellgewebsentzündung, im Anschluß daran Rotlauf. Seit $^1/_2$ Jahr Schmerzen in beiden Kniegelenken. Gehen unmöglich. Herzbeschwerden mit Beinschwellung. In den letzten Wochen häufig schleimiges Erbrechen. Starke Gewichtsabnahme. Appetit schlecht, Obstipation. Verschiedentlich heftige Schmerzen in der linken Leibgegend.
2 normale Spontangeburten. Menopause mit 38 Jahren.

S.-Nr. 292/26 E. M. Frau 48 J. † 19. 11. 26

Kl. D. Paralyse (?)

L. D. Gliosarkom des rechten Stirnhirns mit Einbruch in das Seitenventrikel — Abplattungen der Windungen (Hirndruck) — Hypostatische Pneumonie des rechten U.-L. — Anthrakose — Intimaverfettung u. -Sclerose der Aorta — Stauungsleber, -Milz, -Nieren — Gallensteine — Nebenmilz — Hydrosalpinx rechts Gastritis chronica.
Gallenblase enthält ca. 80 ccm gelb-bräunl. Galle. Schleimhaut zart. In der Gallenblase etwa 10 reiskorngroße, weiche Steine.

Vorgeschichte: Als Kind u. später nie krank. Wegen psych. Erkrankung (Anfang 1924) Aufnahme in die psychiatr. Klinik (1926), wo Patient kurz nach Aufnahme stirbt.

S.-Nr. 80/25 J. B. Mann 71 J. † 12. 4. 25

Kl. D. Schrumpfniere, Nierensteine.

L. D. Hydronephrose beiderseits — Steinbildung im Nierenbecken — Stein im rechten Ureter — Embolische Nierenabzesse — Ureteritis — Cystitis — Eitrige Entzündung der Samenblasen — Septische Milz — Hyperplasie der Prostata — Emphysem beider Lungen — Pleuritische Verwachsungen links — Kalkschwielen beider Spitzen — Pneumonie des rechten U.-L. — Hypertrophie des linken Ventrikels — Offenes foramen ovale — Geringe Verfettung und Atheromatose der Intima der Aorta Pericholecystitische Verwachsungen — Chronische Gastritis — Magengeschwür in Vernarbung.
Gallenblase mit dem Querkolon fest verwachsen, ziemlich groß, prall gefüllt mit olivgrüner zähflüssiger Galle.

Vorgeschichte: Von Kinderkrankheiten weiß Patient nichts anzugegeben. In den späteren Jahren will er stets gesund gewesen sein. Vor 2 Jahren Operation in der Blasengegend. Seit einigen Wochen anfallsweise auftretende heftige Schmerzen in der li. Leibgegend, erschwertes Atmen. Beim Urinieren muß er lang pressen. Keine Oedeme. Starke Abmagerung im letzten Vierteljahr.

S.-Nr. 113/25 K. S. Frau 55 J. † 26. 5. 25

Kl. D. Carcinoma uteri — Cachexie.

L. D. Geschwürig zerfallendes, bestrahltes Ca. der Portio uteri — Durchbruch der linksseitigen Scheiden- und Blasenwand — Starke, schwielige Verwachsungen der Beckenorgane — Thrombose der beiderseitigen Becken- und Schenkelvenen — Hochgradiges Oedem beider Beine — Erweiterung der Ureteren

und Nierenbecken — Starke Hydronephrose rechts mit Atrophie des Nierengewebes — Alte, schwielige Cholecystitis mit Cysticusverschluß — Hydrops der Gallenblase — Carcinomatose des Bauchfells in Umgebung der Leber — Hydrothorax beiderseits — Carcinomatose der Pleura — Krebsmetastasen in der Wirbelsäule.

Die Gallenblase hat eine stark verdickte Wand und enthält fast wasserklaren, dicklichen Schleim. Schleimhaut ist dick, leicht gerötet. Ductus cysticus sehr derbwandig, wie in Schwielen eingebettet.

Vorgeschichte: 1920 Gesichtsrose, sonst angeblich nie krank. 2 spontane Lebendgeburten. Periode mit 13 Jahren, regelmäßig. Menopause mit 40 Jahren.

Herbst 1923: Brennen am After, spärlicher Ausfluß. Seit $^1/_2$ Jahr wieder unregelmäßig Blutungen. Ausfluß versiärkt sich. Schmerzen im Unterleib.

S.-Nr. 120/25 G. S. Mann 37 J. † 6. 6. 25

Kl. D. Komplizierte Oberschenkelfraktur (8. 4.), sofortige Schraubung — Osteomyelitis — Chron. Uraemie — Vor 2 Jahren Schädelbasisfraktur mit Blutungen in die mittlere Schädelgrube, dadurch homogene Hemianopsie und partielle Oculomotoriuslähmung links.

L. D. Vereiterte Fraktur des linken Oberschenkels — Allgemeine Amyloidose von Leber, Milz und Nieren — Verschorfende Entzündung des Dünn- und Dickdarms — Pyelitis, Ureteritis, Cystitis — Ascites — Hydrothorax — Pleuritische Verwachsungen links — Oedem des rechten Unter-L. mit beginnender hypostatischer Pneumonie — Peritonitische Verwachsungen des Netzes — Cholecystitische Verwachsungen mit dem Querdarm — Atrophie des linken Oculomotorius — Defekt der Hinterhauptsschuppe durch Trepanation.

Gallenblase mit dem Fundus am Querkolon angewachsen, mit dickflüssiger, zäher Galle gefüllt. Schleimhaut überall zart.

Vorgeschichte: Mit 11 Jahren komplizierter Unterschenkelbruch. Vor 2 Jahren Schädelbasisbruch u. Blutung in der mittleren Schädelgrube. Dadurch homogene lat. Hemianopsie und partielle

Oculomotoriuslähmung. Am 8. 4. 25 Sturz von 5 m hohem Dach: komplizierter Oberschenkelbruch. Einlieferung in Klinik.

S.-Nr. 311/25 L. K. Frau 69 J. † 20. 12. 25

Kl. D. Hemiplegie.

L. D. Narbe nach Amputation der rechten Mamma wegen Ca. (vor 2 Jahren) — Carcinomrecidiv der peritrachealen u. peribronchealen Lymphknoten mit Einwucherung in die Trachealwand — Krebsige Pleuritis des rechten Unterl. — Große Metastase in der linken Zentralwindung (Hemiplegie!) — Metastasen in Leber und li. Oberl. — Eitrige Bronchitis des rechten Oberl. Hydrothorax rechts — Hydropericard. Stauungsleber, -Milz, -Nieren — Pericholecystitische Verwachsungen der Gallenblase mit der rechten Flexur — Harngries im rechten Nierenbecken — Myomknoten des Uterus mit Sekretstauung — Ascaris lumbricoides.

Die Gallenblase ist durch einige Stränge mit der rechten Flexur verwachsen. Sie enthält etwa 50 ccm schwärzlich-grünliche Galle, keine Steine; Schleimhaut zart.

Vorgeschichte: Früher angeblich niemals krank. Vor einiger Zeit fiel stärkere Gedächtnisschwäche auf. Plötzlich rechte Halbseitenlähmung. Teilnahmslosigkeit und sensor. Aphasie.

S.-Nr. 73/26 K. B. Frau 77 J. † 14. 3. 26

Kl. D. Bronchitis — Apoplexie.

L. D. Arteriosclerose der Intima der Aorta, Kranz- und basalen Hirnarterien — Frische, subpiale Blutung an der Außenseite des rechten Hinterhauptslappens (Fall?) — Älterer Erweichungsherd im hinteren Großhirnschenkel und im hinteren Teil des Balkens — Chron. Leptomeningitis — Hydrocephalus externus — Pleuritische Verwachsungen beider Lungen — Alte, tuberkul. Schwielen in beiden Spitzen — Lungenemphysem — Eitrige Bronchitis — Schiefrige Induration beider Lungen — Hypertrophie des Herzens — Insufficienz der Aorta — Muskatnußleber — Pericholecystitische Verwachsungen der Gallenblase — Cholesterinkonkremente der Gallenblasen-Schleimhaut —

Arteriosclerotische Schrumpfung beider Nieren — Doppelte Ureter links — Hydrothorax, Hydropericard — Ascites — Anasarka.

Gallenblase ist mit der Leberoberfläche etwas verwachsen. Sie enthält wenige Tropfen gelbbrauner Galle. Schleimhaut ist mit Cholesterinkonkrementen beschlagen.

Vorgeschichte: Von Kinderkrankheiten nichts bekannt. Mit 24 und 32 Jahren Lungenentzündung. Sonst nie ernstlich krank. In den letzten Jahren viel Husten mit zähem Auswurf, Atemnot. Beides tritt in der letzten Zeit immer stärker auf.

S.-Nr. 88/26 A. S. Frau 75 J. † 8. 4. 26

Kl. D. Dementia paranoides.

L. D. Leptomeningitis chronica — Ependymitis granularis — Ältere Blutungsherde im Linsenkern — Bronchiogenes Carcinom der rechten Lunge mit Metastasen in Leber, Mediastinal- und Bauchlymphdrüsen — Pleuritische Verwachsungen beiderseits — Hypostase beider Unterl. — Perihepatit. und pericholecystitische Verwachsungen — Granularatrophie beider Nieren Struma nodosa beiderseits.

Gallenblase ist fest mit dem Coecum verwachsen, das unter dem rechten Leberlappen liegt. Sie ist gefüllt mit olivgrüner, zäher Galle. Schleimhaut ist zart.

Vorgeschichte: Als Kind und später angeblich nie krank. Januar 1912 wegen psych. Erkrankung (Gemeingefährlichkeit) zuerst ins Krankenhaus, dann in psychiatrische Klinik eingewiesen. Während des langjährigen Aufenthaltes in dieser Anstalt niemals körperlich krank gewesen.

S.-Nr. 234/26 A. F. Mann 44 J. † 8. 9. 26

Kl. D. Leber-Lues (Ascites).

L. D. Läenec'sche Lebercirrhose (Lues mikroskopisch nicht nachgewiesen) — Milztumor — Stauungsnieren — Oedem der Magen- und Darmwand — Blut im Magen — Alte, pleuritische Verwachsungen der rechten Lunge — Hypostase beider Unterlappen

Hochgradiges Lungenödem — Geringe Sclerose der Aortenintima — Stauungsbronchitis — Pericholecystit. Verwachsungen der Gallenblase mit rechter Flexur — Ascites — Blutungen der Nierenbecken-Schleimhaut.

Gallenblase ist mit dem flexura dextra verwachsen, ihre Wand stark verdickt, jedoch die Schleimhaut überall zart anzufühlen, keine Steine.

Vorgeschichte: Keine Kinderkrankheiten. 1906 Kehlkopfkatarrh, seitdem Heiserkeit. 1919 venerische Infektion, Quecksilberkur. Anfang 1926 Zeichen rascher Ermüdbarkeit, Magenbeschwerden ca. 3—4 Stunden nach dem Essen. Schmerzhafte Durchfälle. Zustand verschlechtert sich mehr und mehr. Leib und Beine schwellen an. Klinikaufnahme.

S.-Nr. 285/26 J. G. Mann 63 J. † 9. 11. 26

Kl. D. Tabes dorsalis — Bronchopneumonie.

L. D. Leptomeningitis chronica — Hydrocephalus ext. und internus — Mesaortitis luetica — Sclerose und Atheromatose der Intima der Aorta und der Coronararterien — Hypertrophie des linken Ventrikels — Hypostat. Pneumonie beider Unterl. mit frischer, fibrinöser Pleuritis daselbst — Alte Kalkschwiele im rechten Unterl. — Hydrops der Gallenblase — Geringe Milzschwellung — Catarrhal. Cystitis.

Gallenblase prall gefüllt mit wässriger, gelblicher Flüssigkeit.

Vorgeschichte: Mit 6 Jahren Masern. Sonst nie krank. 1903 Gonorrhoe und harten Schanker, beim Militär Blinddarmentzündung. Vor 3 Jahren Stechen im Rücken und Reißen in den Beinen. Wurde mit Einspritzungen behandelt (Jodkali). Seit 2 Jahren starke Kopfschmerzen, Reißen in den Beinen, Gürtelschmerzen, Doppeltsehen. Verschiedentlich Krankenhausbehandlung. Wegen dementer Erscheinungen Anstaltsaufnahme.

S.-Nr. 289/26 J. K. Mann 41 J. † 12. 11. 26

Kl. D. Gastroenterostomie retrocolica post. (5. 11.) — Am 5. Tag nach Operation Relaparatomie: faustgroßer Abzeß an der Gastroenterostomie-Stelle — Peritonitis im Oberbauch.

L. D. Zustand nach Gastroenterostomie wegen Duodenalgeschwürs. Diffuse, fibrinös-eitrige Peritonitis — Frisches Geschwür an der Hinterwand des Duodenums — Narbe an dessen Vorderwand — Alte Verwachsungen des Duodenums u. der Pars pylorica mit Gallenblase — Verwachsungen der Gallenblase mit Querkolon — Hypostatische Pneumonie des rechten Unterl. Fundus der Gallenblase frei, nach dem Halse zu ist sie mit der pars pylorica und dem Duodenum verwachsen. Schleimhaut zart. Keine Steine.

Vorgeschichte: Als Kind Masern, im Krieg Knie- und Handschuß. Sonst nie krank. Vor 2 Jahren Magenbeschwerden; Nüchternschmerz. Gewichtsabnahme, Obstipation, schlechter Appetit. Verstärkung der Beschwerden im Lauf der letzten 2 Jahre.

Eine prozentuale Beurteilung der vorliegenden Fälle im Verhältnis zur Gesamtsektionenzahl ist leider nicht durchzuführen, da wie schon erwähnt etwa über $^1/_4$ der Fälle mit Gallensteinbefunden bezw. Verwachsungen der Gallenblase mit ihrer Umgebung wegen fehlender anamnestischer und klinischer Angaben aus der Betrachtung ausgeschieden werden mußten.

Die Gesamtsektionenzahl betrug für 1925 320
1926 321
insgesamt 641

Für die vorliegenden statistischen Untersuchungen wurden 57 Sektionsfälle verwertet, wie folgende Aufstellung ergibt:

Gallensteinbefunde!

Jahr	Zahl	Davon machten klinische Erscheinungen	Personenzahl
1925	23	8	34,8 %
1926	25	4	16 %
	48	12	25 %

Demnach wurden nur in 25 % der Gallensteinbefunde klinische Erscheinungen beobachtet. Unter diesen 25 % fallen 3 Fälle von Gallenblasenkrebs mit gleichzeitigem Gallensteinbefund. Bei ihnen allen führte die Krebserkrankung zum Exitus und die klinischen Beschwerden, die sie für ihre Träger im Gefolge hatten, waren durch die wachsende Krebsgeschwulst bedingt und machten sich erst verhältnismäßig kurze Zeit vor dem Tod bemerkbar. Nur in einem Fall wurden schon früher Gallensteinanfälle beobachtet, sodaß man von diesen 25 % noch die 2 Fälle in Abzug bringen darf, deren klinischer Erscheinungen ledig-

lich durch den Krebs bedingt waren. Das Ergebnis wäre dann 20,8 %.

Unter den Fällen, bei denen die Gallensteine für den Träger keinerlei Beschwerden brachten, deuten 6 Fälle von Verwachsungen der Gallenblase mit umliegenden Organen, 2 Fälle von Schrumpfgallenblase und 3 Fälle von Blasenwandveränderungen darauf hin, daß hier rein anatomisch entzündliche Vorgänge sich früher einmal abgespielt haben, ohne dem betreffenden Patienten Beschwerden zu bereiten.

Die Steine waren in 6 Fällen Solitärsteine, in 27 Fällen vereinzelte bis zu 12, in 15 Fällen über 12 bis sehr zahlreich.

In 22 Fällen waren es kleine Steine, in 18 Fällen mittelgroße, in 8 Fällen große Steine.

Verwachsungen, bezw. Veränderungen der Gallenblase ohne Steinbefund.

Jahr	Zahl	Davon machten klinische Erscheinungen
1925	4	—
1926	5	—
	9	—

Bei 9 Fällen von Verwachsungen der Gallenblase mit ihrer Umgebung, bezw. Formveränderungen der Gallenblase (Hydrops) wurden in keinem Fall vorausgegangene klinische Erscheinungen beobachtet, die auf eine Cholecystitis hindeuteten.

Bei 7 der Fälle ist mit Sicherheit anzunehmen, daß die Verwachsungen bezw. Veränderungen auf Grund cholecystitischer Vorgänge entstanden sind. Von den übrigen 2 Fällen sind in einem Fall neben den Verwachsungen der Gallenblase mit dem Querkolon noch peritonitische Verwachsungen des Netzes beobachtet worden, sodaß man anderweitige peritonit. Vorgänge nicht unbedingt ausschließen kann. Im andern Fall ist die Gallenblase mit dem Coecum verwachsen, eine Entstehung dieser Verwachsung auf dem Wege appendicitischer Vorgänge muß deshalb auch in Betracht gezogen werden. Außerdem sind in diesem Fall noch perihepatitische Verwachsungen neben beiderseitigen pleuriti-

schen Verwachsungen vorhanden, sodaß man auch an eine Entstehung dieser Verwachsungen im Anschluß an eine fortgeleitete Entzündung der Pleura denken muß.

Von den 7 Fällen betreffen 2 Hydrops der Gallenblase, 4 weisen Verwachsungen der Gallenblase mit Darmteilen (außer Coecum) auf, 1 Verwachsungen mit der Leber.

Die Cholelithiasis und ihre Behandlung lassen sich nicht in ein Schema pressen, das in allen Fällen und zu jeder Zeit unanfechtbar ist. Die Frage des therapeutischen Vorgehens bei unkomplicierten Fällen von Cholelithiasis kann man nicht durch bloße Aufstellung einiger doktrinärer Grundsätze ein für allemal entscheiden. Der Beweis für die absolute Überlegenheit der chirurgischen Behandlung vor der inneren wäre noch zu erbringen. Ein zu radikales Eintreten für die chirurgische Behandlung, wobei man mit der Diagnose Gallensteine die sofortige oder frühzeitige Operation für gegeben erachtet, erscheint auch im Hinblick auf die vorliegenden statistischen Untersuchungen nicht gerechtfertigt.

Literatur

Aschoff, Lehrbuch der patholog. Anatomie
6. Aufl. 1923, S. 889—893.

Garrè-Borchard, Lehrbuch der Chirurgie
5. Aufl. 1923, S. 259—266

Strümpell, Lehrbuch der inneren Krankheiten
25. Aufl. 1926, S. 826—839

Ritter, „Die Prognose und Therapie der Cholelithiasis im Lichte der Statistik und Erfahrung"
Münchener Medizin. Wochenschrift, 53. Jahrg. 1906, S. 1603—1606, S. 1662—1664

Hirschberg, „Die patholog. Bedeutung der Gallensteine"
Inaugural-Dissertation, Erlangen 1898

Kluge, Statistische Untersuchungen über die Häufigkeit von Fällen tötlich verlaufender Gallensteinerkrankung vor und nach Einführung der Gallensteinoperation
Inaugural-Dissertation, Erlangen 1901

Bacmeister, Über Aufbau und Entstehung der Gallensteine
„Beiträge zur patholog. Anatomie und zur allgemeinen Pathologie", 44. Band, 1908.

Lebenslauf.

Am 2. April 1903 wurde ich, Walter Friedrich, als Sohn des Pfarrers Georg Friedrich und seiner Ehefrau Therese, geb. Unger, in Lichtenfels geboren. Ich besuchte die Volksschule in Lichtenfels und darauf die vierklassige Lateinabteilung der dortigen Privatrealschule. Die übrigen Gymnasialjahre verbrachte ich am alten humanist. Gymnasium zu Regensburg u. zuletzt am neuen humanistischen Gymnasium in Bamberg. Dort bestand ich Ostern 1922 die Reifeprüfung und bezog darauf als Student der Medizin die Universität Erlangen. Am Ende des 5. Semesters bestand ich dort die ärztliche Vorprüfung. Meine klinischen Semester verbrachte ich in Wien, Rostock, München und zuletzt wieder in Erlangen, wo ich im Juni 1927 die ärztliche Prüfung ablegte. Mein prakt. Jahr begann ich als Medizinalpraktikant am Erlanger Patholog. Institut, setzte es fort am Städt. Wöchnerinnenheim Nürnberg und beendigte es am Städt. Krankenhaus Bremerhaven.